UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS.

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA.

TESIS

LEIDA POR

NESTOR J. CORPANCHO

Para optar el grado de Doctor.

Elección de los métodos y procedimientos operatorios, en relación con el diagnóstico, simple y diferencial, de los tumores abdominales, radicados en el útero ó sus anexos



LIMA.

Imp. de Torres Aguirre, Mercaderes 150.

12—1895.

A mi maestro

el doctor

Don Manuel J. Espinosa.

Nadie, como usted, tiene mejor derecho para que su nombre aparezca al frente de esta tesis.

La enseñanza, los consejos, el entusiasmo, con que usted me alentaba, fueron el verdadero motivo que me estimuló para lanzarme en la práctica ginecológica.

Acepte usted, pues, esta dedicatoria, como un testimonio de gratitud de su discipulo

Nestor J. Corpancho.

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

CIRCUNSTANCIAS independientes de mi voluntad han venido aplazando, de año en año, la opción del grado académico de doctor, tan ansiado por mí, como complemento obligado de mi carrera científica; postergarlo por más tiempo no era posible sin comprometer el éxito de la lícita pretención,en que estoy empeñado, para regentar la cátedra ultimamente creada, compartiendo en la enseñanza con vosotros las glorias que viene alcanzando nuestra prestigiosa Facultad.

Al decidirme, hoy, por tan arduo empeño, encuéntrome con la indecisión de escojer un tema que, siendo de mi agrado y especial competencia, pudiera tener interés para vosotros y merecer benévola acogida. Ese tema creo haberlo encontrado entre los muy numerosos que, de palpitante actualidad, ofrece la PATOLOGIA DE LA MUJER.

Tres años hace que incesantemente estudio las enfermedades que radican en la matriz y sus anexos, procurando su curación radical, ora por los medios puramente farmaceúticos, ora por los físicos, como la electricidad, ora, finalmente, por las operaciones

cruentas que, si bien muy graves como que exponen á peligro de muerte á las pacientes, son también las de más brillantes y definitivos resultados.

Después de haber ejecutado, en la práctica hospitalaria y en mi clientela civil, *siete* de las más atrevidas y peligrosas operaciones ginecológicas, como son las ovariotomias é histerectomias; halagado por un éxito casi sin precedente en las estadísticas de los pricipiantes, pues solo tuve *una* defunción en operada del hospital—cuya muerte debiose no solo á mi natural impericia sino, también, á las complicaciones que presentó el caso y condiciones higiénicas, desfavorables, de la localidad—resolví perfeccionarme en la técnica operatoria visitando,al efecto, en E.E U.U. de Norte América y en Europa, las instalaciones de los cirujanos especialistas en este ramo; aprendiendo con ellos, en la condición de humildísimo discípulo, no solo el manejo de los instrumentos sino, también, los tiempos de que consta toda operación bien hecha; siguiendo cuidadosamente el régimen dietético y farmacodinámico; procurando, en una palabra, abarcar el tratamiento quirúrgico y el médico, complementario, en su conjunto y en sus más pequeños detalles.

De regreso á mi patria, he tenido por indeclinable empeño no solo operar, á cuantas enfermas solicitaron mis cuidados, remunerados ó gratuitos, sino permitir la presencia de médicos y estudiantes de la Facultad á las operaciones, como un medio de difundir la práctica ginecológica adquirida á costa de tantos desvelos y sacrificios.

En este segundo periodo he practicado *veintitres* operaciones, entre laparotomias é histerectomias vaginales, con éxito muy satisfactorio; pues he tenido solo *cinco* defunciones, tres en el hospital y dos en la clientela civil.

Tanto las historias de enfermas curadas, como las que han

fallecido, tienen para mí un alto interés científico; son de una enseñanza muy provechosa. Por eso, he reunido todas las observaciones; las he analizado, cuidadosamente, de modo que justifiquen la tesis que voy á sustentar ante este ilustrado auditorio, compuesto de las más distinguidas notabilidades médicas del Perú.

La tesis la enuncio así:

«Elección de los métodos y procedimientos operatorios, en relación con el diagnóstico simple y diferencial, de los tumores abdominales, radicados en el útero ó sus anexos.»

Debo advertir que no atribuyo al concepto de esta tesis ninguna novedad científica, es, antes que todo, un medio de exposición que me permitirá enlazar todas los casos clínicos que he podido recojer, en mi práctica operatoria, y sacar de ellos deducciones útiles para todos los que se aventuren, mas tarde, en la Ginecologia operatoria.

¿He alcanzado el propósito perseguido con tanto afán?

No lo sé ciertamente.

Toca á vosotros resolverlo; pero, al dar vuestro fallo justiciero, no olvideis, para este modesto trabajo, vuestra proverbial indulgencia.

I.

Las íntimas relaciones que, naturalmente, existen entre el *diagnóstico* de las enfermedades y su *tratamiento*, sea este médico ó quirúrgico, obligan al práctico á explorar prolijamente sus enfermos para fundar, de la manera mas sólida, segura y exacta, el diagnóstico de la dolencia que tiene que combatir.

Ciertos los anteriores conceptos, mirados en tesis general, lo son aún de mas trascendental importancia tratándose de operaciones graves que pudieran comprometer la vida de las pacientes; por eso en Ginecologia, mas que en cualquiera otro ramo de Cirugia, precisa diagnosticar bien; y no como quiera, haciendo un diagnóstico simple, sino el diferencial, mas aproximado posible, de las lesiones que se intenta remediar.

Solo un buen diagnóstico puede sostener el valor moral para intentar ciertas operaciones y excusar los malos resultados que pudieran sobrevenir.

Por fortuna la práctica diaria de la Cirugia abdominal ha ido suministrando datos precisos al diagnóstico, poniendo de manifiesto relaciones estrechas entre las lesiones que el acto operatoria permite ver y los síntomas despertados por la enfermedad; y el gran vuelo que ha tomado la Ginecologia, en estos últimos tiempos, débese á todos estas circunstancias: *diagnóstico preciso; técnica operatoria*, rápida, asegurando la hemostasia; *asepcia* y *antisepcia*, impidiendo las infecciones secundarias; y finalmente *anestesia*, vigilada y socorrida en sus accidentes mas temibles.

No pretendo fatigar la atención de vosotros haciendo repeticiones inutiles respecto de reglas que, cuando son bien observadas, permiten fundar el diagnóstico de las enfermedades propias de la mujer, que vosotros las conoceis perfectamente.

La mayor parte de las operaciones que llevo hechas han sido ovariotomias é histerectomias, estas últimas, tanto abdominales como vaginales: su número total asciende á 30 hasta este momento en que se imprime la tesis; la notable diferencia de uno á otros casos me ha permitido establecer relaciones, mas ó menos estrechas, entre el diagnóstico de la enfermedad y la operación que he practicado.

Concretándome, pues, á mi práctica, y sin salir de ella, puedo resolver el punto en cuestión.

En los comienzos de la Ginecologia quirúrgica los casos que se presentan son los mas fáciles de diagnosticar al práctico incipiente, pues generalmente se trata de grandes quistes, fluctuantes; enormes fibromas ó fibro-miomas, completamente desarrollados y manifiestos á los procedimientos mas elementales de la exploración clínica; y es lo mas natural, pues se trata de enfermedades descuidadas que han tenido el tiempo suficiente para evolucionar ampliamente. Debo advertir que si estos casos son de facil diagnóstico, en cambio su pronóstico es muy grave por las mismas consideraciones anteriormente apuntadas. No habiendo mas que *seis* defunciones he considerado, como lo digo al principio de este trabajo, muy halagador el éxito de mis operaciones.

Pero, á medida que la Ginecologia se acredita en un país los casos que se presentan en la Clínica son mas numerosos y su tratamiento quirúrgico es mas eficaz; porque se llega con mas oportunidad para operar, aunque el diagnóstico ofrezca grandísimas dificultades.

Prueba la verdad de este aserto el caso de la señora J. L. de C., distinguida matrona que vino de Arequipa para operarse de un mioma uterino. Durante varios dias, y á diversas horas, tuve que examinarla hasta llegar á tener la certidumbre de la localización y naturaleza del tumor; tanto se ocultaba este á la palpación directa, tan leves accidentes de compresión y reflejos producia que, mas de una vez, la enferma dudó de la existencia de su mal. Por fin triunfó mi obstinación: la palpación bi-manual; las medidas marcadas en el histerómetro; la tracción del útero; el tacto rectal ó vaginal, concomitante, siguiendo el procedimiento de Hégar, arrojaron luz suficiente para precisar el diagnóstico. Operada el

19 de Noviembre último, por laparotomia, extirpé el mioma uterino que figura en la lámina II bajo el número 3.

Compréndese, sin mayor esfuerzo, que tratándose de tumores más pequeños contenidos en la cavidad pelviana, inaccesibles á la palpación, y aún de aquellos que, pasando por encima de la arcada pubiana, se encuentren cubiertos por paredes gruesas, la grandísima dificultad que ofrecerán al diagnóstico, máxime cuando se trate de establecer el diferencial entre los estados anormales de la gestación y alteraciones patológicas del útero ó de sus anexos.

Los quistes ováricos ó para-ováricos, los hematoceles intra-ligamentarios, las celulitis pelvianas, la peritonitis pelviana, la hidro-salpingitis y la pio-salpingitis, los embarazos extra-uterinos, las ectopias uterinas serán, en muchas ocasiones, de una distinción imposible, tanto que en los casos en que sea necesaria una intervención quirúrgica hay que comenzar por una laparotomia simplemente exploradora; operación que si con este caracter es generalmente empleada, en Inglaterra y en otros paises, no creo que los progresos actuales entre nosotros permita su adopción, sin prudentísimas reservas. Sin que esto quiera decir que el diagnóstico de los tumores grandes, que pueden percutirse y palparse, no puedan dar origen á serias dificultades y muy deplorables errores. Los embarazos, quistes ováricos, hidro-amnios, los tumores fibro-quísticos, la ascitis enquistada, el engrosamiento del epiplon, con adherencias intestinales, los tumores epiploicos, los tumores hidáticos, los tumores renales y aún las dilataciones de la vejiga pueden confundirse y no permitir un diagnóstico exacto, apesar de tomarse grandísimas precausiones.

Las estadísticas publicadas por los ginecólogos nos informan de los errores de diagnóstico cometidos por las más encumbradas notabilidades de esta especialidad.

Cierto es que los errores que se cometen no son sino excepcionales; tanto ha avanzado la seme-iótica en estos últimos tiempos que el práctico que examina, uno y otro dia, á sus enfermas y no descuida ninguno de los procedimientos aconsejados en la exploración clínica, tales como la percusión, en la posición supina y en los decúbitos laterales; las medidas tomadas, en el vientre, de una y otra espina iliaca anteriores, hacia el ombligo; la auscultación para percibir soplos uterinos ó latidos cardiacos fetales; los tactos, rectales, vesicales y vaginales; y otros medios más que no enumero para evitar ser prolijo, son otras tantas fuentes de informaciones útiles que permitirán en la inmensa mayoria de los casos, ya que no en todos, acertar con el diagnóstico buscado.

Paciencia, sagacidad y constancia son las cualidades que deben distinguir al ginecólogo moderno; debiéndose los errores que se cometen, no tanto á la ignorancia como á la precipitación y descuido en el examen de las enfermas.

II.

El diagnóstico de los tumores abdomidales y, especialmente, de los que tienen por asiento los órganos genitales internos de la mujer, permaneció obscuro y nada ilustrado hasta principios de nuestro siglo.

Los trabajos de Astruc, Lieutand, Hunter, Assalini, Sœmmering y otros, muy notables y llenos de novedad, en lo que se refiere á la propagación de las inflamaciones del útero, á las trompas ó los ovarios, poco ó casi nada enseñan tocante á la distinción y diagnóstico diferencial de las diferentes clases de tumores á que estas mismas afecciones pueden dar origen.

Gasc, Laënec, Breschet, Davis, Guthrie, Dance, Lee, se con-

trajeron especialmente al estudio de la flebitis y, justo es reconocerlo, hicieron dar á la ciencia un paso de gran trascendencia esclareciendo la anatomia patológica de esta afección y designando la verdadera naturaleza de la *flegmasia alba-dolens*.

Mas tarde los trabajos de Cruveillier, Baudelocque, Chassaignac, Duplay, Bouchut, Virchow enriquecian, con sus observaciones sobre la flebitis y la linfangitis puerperales, el estudio de la patogenia de estas afecciones, tan fecundas en enseñanza para los ginecólogos modernos.

Pero el diagnóstico diferencial de los diferentes quistes que tienen su origen en las perversiones de nutrición del ovario y en las afecciones inflamatorias de estos órganos; el de los diferentes tumores sólidos que tienen por asiento el útero; los fibromas y fibro-miomas uterinos; y el de los que tiene por punto de partida las inflamaciones de las trompas, quedaba, como queda dicho, envuelto en una gran oscuridad.

Velpeau en su extenso y magistral artículo sobre tumores del abdomen, del «Diccionario de Medicina», omite entrar en detalles y consideraciones en lo que toca á la sintomatologia y diagnóstico de los neoplasmas de origen genital. Este eminente maestro, anticipándose á su época, se pronuncia con bastante claridad en favor de la intervención quirúrgica, cuando habla del tratamiento de los quistes ováricos.

Rostan parece ser el primero que ha llamado la atención sobre la importancia de la *percusión* y de los preciosos datos que ella puede suministrar en el diagnóstico de los quistes del ovario. Velpeau daba, también, gran valor á este medio de exploración.

Recamier inventando el *speculum* é instituyendo el *tacto recto-vaginal*, ya solo, ya combinado con la palpación abdominal, aportó, al estudio de las enfermedades de los órganos internos de

la generación, un fecundo manantial de conocimientos y preciosos elementos de diagnóstico.

Pero, á pesar de los progresos que estos estudios y los de Dance, Huguier, Lisfranc, Mad. Boivin y Dugés, Graaf, Logger, Wepfer, Seymour, Davis y otros habian, incuestionablemente, realizado la filiación y diagnóstico positivo y diferencial de las diversas clases de tumores abdominales, de origen pelviano, dejaba mucho qué desear.

Son los contemporaneos los que han dado á la exploración y diagnóstico de las graves afecciones que constituyen, hoy, la moderna Ginecologia, el sello de estudio positivo y el caracter altamente práctico que tiene.

Greig-Smith, precisando y delimitando con claridad la forma y extensión de la *zona de macisez*, en los casos de quistes del ovario y en los derrames peritoneales, simplificó notablemente la distinción de las ascitis y quistes ováricos.

Wyder indica,con mucho acierto, que las *metrorragias*, en los casos de tumor fibroso del útero, están ligadas á la lesión metritis-intersticial que acompaña siempre á los cuerpos fibrosos poco lejanos de la mucosa.

Pozzi establece que el síntoma hemorragia es tanto más acentuado, cuanto más próximo á la cavidad uterina se halla el neoplasma, llegando á su máximun en los pólipos. Que el síntoma *leucorrea* es de regla, y que tanto este flujo como la *hydrorrea*, (pérdidas serosas abundantes) que se presentan en este caso, se distinguen de los flujos cancerosos por la falta de olor y por su intermitencia.

Kidd, (1872) señalando la intermitencia de los *dolores ciáticos*, por compresión del plexo sacro y su exacerbación en la época menstrual, y Jude Hue haciendo cesar estos dolores con la aplicación metódica de un pesario de aluminio, de una forma

particular, destinado á levantar el tumor, concurren á facilitar el problema del diagnóstico

West refiriendo muy atinadamente los fenómenos de *disuria*, á la comprensión ejercida por el tumor sobre la vejiga, é indicando que estos trastornos llegan, por la compresión periódica que la fluxión menstrual trae consigo, á tomar el caracter de verdaderas cistitis, nos proporciona una importante enseñanza.

Murphy, el primero, y después Hanot, Milliot, Fourestié, Lee y Skene, de Nueva York; Porak, Pozzi y especialmente Salin y Wallis, de Estocolmo, señalando con insistencia la gravedad de las *lesiones renales*, por la prolongada *compresión de los uréteres* ó del cuello de la vejiga en los tumores pelvianos, y, comprobando, además, con autopsias que muchos insucesos atribuidos á las histerectomias y castraciones, tenian por causa lesiones renales á veces ignoradas, y á las que la intervención quirúrgica, y la prolongada inhalación de los anestésicos habia dado brusca gravedad, han proyectado mucha luz sobre este importante lado de la sintomatologia de los tumores del abdómen, y fijado con más claridad la indicación de la intervención quirúrgica precóz.

Por lo que toca á las indicaciones de intervención ó abstención que suministra el *estado del corazón*, Hofmeier en un luminoso articulo presentado á la «Sociedad ginecológica de Berlín», en 1886, insiste en la frecuencia de los trastornos cardiacos en los casos de tumores abdominales, especialmente en los de grandes fibromas uterinos. El aumento de la presión vascular, por la compresión que el tumor produce, la degeneración grasosa ó bruna del miocardio, la muerte súbita, por síncope, después de una operación ó sin ella, son tratados alli con mucha erudición y tino.

Fheling, en Alemania; Dower, en Nueva York; Fenwick, en Inglaterra; Sebileau, en Francia, han publicado observaciones notables sobre este importante punto

Pozzi estima que estos trastornos refuerzan la indicación de intervenir, sin desconocer que agravan el pronóstico.

La *histerometria*, la dilatación metódica del cuello del útero ó el desbridamiento de sus comisuras, y aún el *curetage*, de exploración, son otros tantos medios preciosos de diagnóstico que debemos á Hégar, Schultz, Lawson-Tait, Pean y otros.

El *tacto vesical*, franqueando con el dedo todo el canal de la uretra; el *cateterismo de los uréteres* instituido por Pauliski son, también, nuevos medios de exploración á que el ginecólogo puede recurrir para facilitar el diagnóstico.

III.

Con el objeto de poner de manifiesto el espíritu dominante de esta breve exposición, quiero suponer hallarme en presencia de un *mioma uterino.*

Este tumor puede ser operado tanto por la via abdominal como por la vaginal. dependiendo unicamente la elección del procedimiento de las dimensiones del tumor; si este es pequeño y excede poco la arcada pubiana deberá ser atacado, de preferencia, por la via vaginal, como lo hice con la enferma J. R. (Obs. 9ª)

De la misma manera, esto es por la via vaginal, deben ser operados todos los miomas cavitarios, sean sesiles ó pediculados; exteriores, en parte, ó completamente encerrados en la cavidad uterina. (pólipos) La extirpación de estos miomas no ofrece, por lo general, grandes dificultades; toda la técnica operatoria se reduce: á ensanchar el cuello del útero por el empleo de los dilatadores ó del desbridamiento del mismo órgano, hasta su orificio interno, y aún mas allá, si el volumen del tumor lo reclamase; tirar, en seguida, con el tira-balas, lo bastante para poder atacar el pediculo, cisionándolo

con una tijera, ó desprendiéndolo con espátulas y, si las adherencias no son fuertes, con los dedos.

Tal procedimiento he empleado en muchísimas enfermas, que no figuran en mi estadística, por considerarlo de escasa importancia.

Generalmete nconcluyo estas operaciones con un *curetage* para combatir la endometritis que acompaña á este género de neoplasias, seguido de un taponamiento con gasa yodoformada.

No siempre estos miomas son tan fáciles de operar, particularmente si se complican con una inversión del útero porque, entonces, no solo hay que hacer la extirpación del tumor sino, tambien, restituir el útero á su posición normal.

En la estadística que vá adjunta figuran dos casos (Obs. 18ª y 19ª) de alguna importancia, por la magnitud de los tumores: una de las enfermas fué proporcionada por el doctor Acuña, quien asistió á la operación; la otra por el doctor Ibarra, que también concurrió al acto operatorio. No sien lo posible, en uno y otro caso, la extracción de los tumores íntegros fué necesario despedazarlos (morcellement); asi pude dar término feliz á las operaciones. No dejaré de consignar una circunstancia algo notable: una de las enfermas se negó, resueltamente, á ser cloroformizada, manifestando tener valor y energia suficientes para soportar la operación, sin recurrir á medio alguno anestésico, por lo que se procedió conforme á su deseo mostrando, durante el acto, una resignación inaudita.

Cuando los miomas son más grandes la histerectomia que se practica puede hacerse por muy diversos procedimientos, de los cuales los mas conocidos y acreditados son los de Pean, Segond y Doyen. La crítica de estos procedimientos es sumamente extensa y de alto interés quirúrgico, motivo por el que reservo su estudio para un trabajo especial, cuyos materiales voy acopiando

con esmero; estudio que daré á luz, en una próxima publicación, acompañando la estadística de las nuevas operaciones que practique por esos procedimientos. No obstante, puedo, desde ahora, manifestar mi preferencia por el método de Pean, modificado por Segond.

Hay ocasiones en que los miomas son intersticiales y, por consiguiente, su extracción por despedazamiento no es practicable; en estos tumores hay que recurrir á la castración uterina que concilia la necesidad de extirpar el órgano enfermo, con la conservación de los anexos sanos. Si el tumor estuviera simplemente encapsulado se puede, y se debe, respetar el órgano de la gestación, enucleando solo el tumor como lo he visto hacer, muchas veces, al tantas veces citado profesor Pean.

Creo del caso indicar en este sitio que la histerectomia puede estar aconsejada, y yo la he practicado en varias ocasiones, (Obs. 14ª, 15ª y 21ª) tratándose solamente de pio-salpingitis; y aún cuando, en dos de las operadas, el útero estaba sano fué preciso comprenderlo, también, en la extirpación, no siendo posible respetarlo. Con mayor razón, hay que practicar la castración uterina, cuando el cancer se ha manifestado en este órgano y no hay propagación á los ganglios linfáticos, se hallan indemnes los ligamentos anchos y el útero conserva su movilidad. Si la degeneración está más avanzada la histerectomia se encuentra contraindicada formalmente.

No hace muchos meses que solicitado para operar de cancer uterino á la señora E. M. de R. me limité, solo, á hacerle inyecciones de *alcohol absoluto*, segun el procedimiento del profesor Vulliet, de Ginebra. Con solo una curación por este medio se atajó la degeneración cancerosa; la enferma se halla tan bien que cree estar completamente curada. Otros casos mas, asi en el Hospital como en mi clientela privada, me autorizan á recomen-

dar, aunque esté fuera de oportunidad, el importante descubrimiento de Vulliet.

No desconozco las experiencias del doctor Fafices, de Moscow, con las inyecciones parenquimatosas, de una solución de ácido salicílico al 60 p. °/₀; pero el número de casos, tratados por él, es tan reducido que no me he encontrado suficientemente autorizado para emplear este antiséptico con preferencia al alcohol absoluto. Por lo demás, la técnica en uno y otro procedimiento es sumamente sencilla y rápida: se pone el cuello uterino al descubierto, mediante la introducción de las cucharas del especulum de Sims ó las valvas del de Fritch; se hace un lavado antiséptico para desinfectar completamente la vagina; hago después un curetage eliminador de las excrecencias cancerosas; vienen después las inyecciones que pueden practicarse con una jeringuita de Pravaz, sino se posee otro aparato mas adecuado al objeto. La aguja será introducida hasta una profundidad de dos tercios de centímetro, y aún más, si fuera necesario, hasta atravesar la zona del tejido enfermo. Después se hace el taponamiento con gasa yodoformada; pudiendo repetirse estas operaciones hasta encontrar el provecho que se busca.

Si, por el contrario, el tumor fuese de mayores dimensiones ya no seria cómodo, ni aun practicable, en ciertos casos, la extirpación por la via vaginal; debiendo recurrirse á la laparotomia que presentará, sobre aquella, indiscutibles ventajas.

Una vez acordada la abertura de las paredes del vientre, cabe preguntarse si, ¿la longitud de la incisión será corta ó si deberá ser larga?

El ilustre ginecólogo francés doctor Pean, tratándose de la extirpación de miomas uterinos, cuando presentan grandes dimensiones usa, indistintintamente, de uno ú otro procedimiento; habiéndole visto practicar grandes incisiones, extendidas desde

el pubis hasta el apéndice xifoides, por cuya ancha via salen al exterior, facilmente, los tumores y, tambien, más pequeñas sacando el tumor á pedazos (morcellement).

En una enferma del Hospital de Santa Ana (Observacion 30ª) el fibro-mioma era tan grande que pesaba 15 libras: hubo necesidad de practicar una enorme incisión y, aun asi, el tumor ofreció grandes resistencias para ser extraido. La enferma murió á las 48 horas, por peritonitis traumática. Si tuviese, en adelante, que operar un mioma uterino tan grande, resuelto estoy á intentar el otro procedimiento, el de despedazamiento (morcellement), que tal vez produzca menos gasto de fuerza nerviosa y un traumatismo menos peligroso.

Tan pronto como desprendo el tumor y lo pongo fuera de las paredes del vientre, mi primer empeño es ligar las arterias útero-ováricas, ya sea temporal ó definitivamente, con arreglo á la técnica del caso, y aplico una ligadura elástica en el pedículo ó base del tumor, como medio hemostático; extirpo, después, con un fuerte bisturi, la mayor parte del tumor para darme luz y facilitar la continuación del acto operatorio. Es en este momento cuando aprecio las circunstancias locales, las relaciones del muñón con los órganos vecinos, principalmente con la vejiga y el recto; y cuando me preocupo, tambien, del procedimiento definitivo que ha de completar la operación. Abandono el pedículo siempre que lo encuentro poco desarrollado; por el contrario, lo conservo y fijo al exterior si es de base gruesa y carnosa. La falta de pedículo, en estos casos, no es un inconveniente para la adopción del procedimiento, porque puede formarse por la constricción hecha con la ligadura elástica, que cuido de aplicar, inmediatamente, por encima del istmo uterino.

He abandonado el pediculo en los casos á que se refieren las observaciones 12ª, 20ª 22ª y 25ª; todos terminados favorablemente.

Debo advertir que el abandono del pedículo ha sido, siempre, para mí, motivo de grande inquietud, ora por las hemorragias que puedan producirse, ora por los focos de infección que pudieran presentarse, á favor de la comunicación de la superficie cruenta con el canal cervical; y sin estas circunstancias, por solo defectos de antisepcia, posible de cometer. En previsión de los anteriores peligros establezco un drenaje, al exterior, mediante el empleo de una mecha de gasa yodoformada, siguiendo el procedimiento aconsejado por Mikulicz.

Simpatizo mucho con la formación del pedículo externo y abogo por su adopción en nuestra práctica hospitalaria, en la que los defectos de asepcia y antisepcia son muy de temerse; por eso he dejado pedículo extra-peritoneal en los casos de que se ocupan las observaciones 3ª, 4ª. 5ª, 6ª, 10ª, 17ª, 27ª, 28ª, 29ª y 30ª; sin mas defecto que la prolongación del tratamiento.

Trato el pedículo externo como generalmente lo hacen todos los cirujanos que adoptan este procedimiento, es decir, lo atravieso con un par de grandes agujas, y corto las extremidades agudas por medio del alicate.

En la enferma de la observación 2ª me limité, solo, á poner cabezuelas en las extremidades agudas; pero la paciente tuvo la mala suerte de atravesarse con una de ellas, felizmente sin accidente grave; desde entonces las corto, dejándoles suficiente longitud para que la tracción de los tejidos no las lleve al interior.

La ligadura elástica, que ha de quedar hasta la caida del muñón, la aplico inmediatamente debajo de las agujas, constriñendo bien con el ligador elástico de Pozzi y mantengo su fijeza con una pinza, pequeña, de Pean; ato los cabos con un cordonete de seda, sino quiero fiarme solo en la pieza movible del mismo instrumento.

Inutil es agregar que, como es de práctica usual, cauterizo con el termo-cauterio ó con el cloruro de zinc, sin descuidar la aplicación de polvos de yodoformo y tanino, los que momificando el muñón se oponen, en lo posible, á toda descomposición.

IV.

Si el tumor diagnosticado resultase ser un *quiste ovárico*, caso de que fuere pequeño y pelviano, cabe, en teoria, la elección entre los procedimientos vaginal y abdominal.

Thomas, de Nueva-York; Goodell, de Filadelfia; Gil More, Hamilton y otras celebridades refieren algunos casos curados por el procedimiento vaginal; pero lo cierto es que, actualmente, los ginecólogos de todo el mundo optan por la laparotomia, ya se trate de quistes grandes ó pequeños.

Momento es este de declarar que no doy importancia alguna á un punto que ha sido algo controvertido en Ginecologia: me refiero á la época más favorable para operar los tumores ováricos.

Cualesquiera que sea la magnitud de un quiste, conceptuo peligroso el aplazamiento de la operación hasta que el tumor haya tomado suficiente desarrollo. Con la evolución que se espera, para que el tumor adquiera las proporciones deseables, según el parecer de algunos pocos prácticos, pueden tambien nacer adherencias, torcerse el pedículo y sufrir accidentes de compresión ó de caracter reflejo que gasten las fuerzas de la enferma, dificulten la operación, exponiéndola á peligros que pudieron prevenirse, acometiendo el mal desde que el diagnóstico hizo evidente su existencia.

No me detendré en detalles de la técnica operatoria que vosotros conoceis perfectamente; en este supuesto, doy por comen-

zada la operación y me encuentro con adherencias numerosas, las mismas que cuido de desprender con mucho tiento, sobre todo si estan situadas en la región de la sincondrosis sacro-iliaca, para evitar la ruptura posible de un tronco venoso ó de un ureter. Si son largas las adherencias las ligo en dos puntos, cerca del quiste, y corto entre ambas ligaduras.

Las adherencias de la vejiga son tambien del mayor interés, por lo que procuro desprenderlas sin desgarrar este órgano. No me ha ocurrido este accidente, pero si tal cosa sucediese en adelante, haria una sutura con seda ó catgut y pondria á la enferma una sonda permanente durante algunos dias.

Podrá ocurrirme alguna vez, como á tantos otros ginecólogos, no poder efectuar el desprendimiento por ser invencibles las adherencias; para entonces, estoy resuelto á ligar, en masa, toda la porción prendida del quiste y cortar mas allá de ellas, cuidando de cauterizar los bordes.

Si el tumor fuese papilomatoso (observación 8ª) el procedimiento que sigo es el llamado de *marzupialisación:* hago la punción del tumor, tiro de él, hácia afuera, cuanto puedo; divido su cubierta peritoneal, de modo que comprenda en la incisión una porción elíptica; lo separo de su cápsula, valiéndome del dedo y haciendo firmes tracciones; y contengo con pinzas ó ligaduras la hemorragia que se produzca.

Terminada la enucleación queda, naturalmente, una extensa superficie cruenta, extra-peritoneal, cuyos bordes deben unirse por medio de suturas á la incisión abdominal, aislándola de la cavidad del peritoneo y dejando espacio para colocar un drenaje constituido por un tubo de vidrio ó de gasa yodoformada, siguiendo la práctica de Mikulicz.

Inutil es agregar que en la ovariotomia, como en la extirpación de los fibromas, puede ser abandonado el pedículo (como lo

hice con las enfermas á que se refieren las Observaciones 1ª, 16ª, 23ª y 24ª) y puede, también, fijarse al exterior. Poco hay que temer de los pedículos delgados, porque los exsudados, á que puedan dar lugar, son facilmente reabsorvidos por el peritoneo, circunstancia que evita la formación de focos sépticos en la cavidad abdominal.

El diagnóstico diferencial de los quistes del ovario, en cuanto se refiere á su anatomia patológica, no tiene influencia directa acerca del procedimiento particular que deba seguirse en su extirpación. En tal virtud, sea que se trate de quistes prolígeros ó prolíferos glandulares, de los quistes prolígeros ó proliferos papilares, de los simples dermoidéos ó de los llamados mixtos; trátese de los quistes parovarianos en sus diversas especies: hialinos, papilares y dermoidéos, el procedimiento siempre será el mismo, y dependiente solo de las condiciones de nutrición del pedículo el abandono ó su fijeza al exterior.

En cuanto á los quistes rudimentarios (los del cuerpo amarillo, los foliculares y los residuarios) para cuyo tratamiento quirúrgico se siguiera, en otro tiempo, el de la castración; hoy, particularmente, después de la publicación de la excelente tesis de mi amigo el doctor Delaunay, (Asistente de Pean y ex-interno del Hospital de Pozzi) se ha proscripto dicha operación que, aparte de los riesgos que hace correr á las enfermas, las esteriliza, si comprende ambos ovarios. Hoy se hace otra operación, mucho mas sencilla y de una técnica operatoria, que está al alcance de cualquier cirujano; quiero hablar de la ignipuntura, sea con el termo-cauterio de Paquelin ó con el galvano-cauterio de Trouvé; asi se destruyen los quistes, cuidando, además, de suturar las soluciones de continuidad que resulten para prevenir la producción de exsudados capaces de perjudicar la asepcia del órgano enfermo.

Se comprenderá que esta operación solo puede tener lugar

en los casos complejos, es decir, cuando se trate de tumores ováricos completamente desarrollados, causa determinante de la intervención quirúrgica, y de tumores rudimentarios, que complican la dolencia; porque, indudablemente, no pudiendo ser diagnosticados, con precisión, los quistes rudimentarios tampoco podrán autorizar una intervención quirúrgica. La observación 6ª refiérese á un fibro-mioma, complicado con quiste purulento, intraligamentario. La operación fué dirijida exclusivamente contra el tumor; por un descuido, involuntario, no examiné los anexos y pudo pasar desapercibido el foco purulento alojado en el ligamento ancho. La enferma murió por peritonitis séptica, revelando la autopsia la existencia del quiste supurado, causa eficiente de la muerte.

Poca ó ninguna importancia doy al contenido de los quistes, en cuanto á los procedimientos que deben seguirse; ya sean ellos serosos, coloidéos, purulentos, hialinos, hemáticos &, la operación es la misma; el éxito es el que difiere. La observación 8ª trata de un fibro–quiste, papilomatoso, de contenido coloideo. Operada con el mayor cuidado y asistida con grandísimo esmero, la enferma sucumbió, sin embargo, por la mala índole de su tumor.

No terminaré este capítulo sin hablaros de la *torsión del pedículo* en los tumores del ovario; complicación que, sin la menor duda, produce accidentes de gran trascendencia, sino próximos, remotos y siempre graves; complicación que ha sido bien y debidamente estudiada por Rokitansky–el célebre profesor vienense— cuyo trabajo de conjunto es el más notable que se haya presentado hasta el dia. No ha mucho solo podia comprobarse su presencia por la autopsia; hoy es posible, casi con certidumbre, precisar su diagnóstico mediante la sintomatologia que debemos á Spencer–Wells, Kxberlé, Duplay, Freund, Olshausen y otros.

Sin entrar en extensas consideraciones sobre la etiologia de

este accidente no puedo menos que señalar, de momento, entre las causas más activas de su producción los movimientos bruscos, las manipulaciones violentas, sobre todo en sus primeras épocas. Encuentro muy plausible la explicación que á este accidente dá el distinguido ginécolo español doctor Fabregas, quien la atribuye á la longitud del pedículo y al poco vólumen del quiste, como también á las punciones que, sobre ser siempre inutiles, pueden llevarnos, por la libertad en que dejan al quiste, á una de estas torciones fatales ó cuando menos muy nocivas; el parto también puede producirla en algunas ocasiones. Todas estas causas, como lo hace notar el citado ginecólogo español, explican mejor y más satisfactoriamente la torsión del pedículo que la teoria de Lawson-Tait, quien la atribuye, sin razón suficiente, á la emigración de los bolos fecales por el recto.

Siendo de suma gravedad la torsión del pedículo debe procederse, sin pérdida de tiempo, á practicar la ovariotomia tan pronto como el diagnóstico del accidente haya sido hecho con precisión. Como este accidente no es muy conocido, permitáseme entrar en algunos detalles referentes á su sintomatologia.

Se presentan casos en que los trastornos de esta complicación son muy leves, al parecer inofensivos, como que se refieren solo á un ligero edema del pediculo y de las paredes del quiste, mayor desarrollo en la red venosa, sin marcar alteraciones en sus paredes, si bien lo suficiente para que el exsudado fibrinoso de las mismas se organice al contacto de los demás órganos abdominales, con formación de adherencias tan íntimas como sólidas y todo esto, con ó sin hemorragia intra-quistica. En estas condiciones el diagnóstico es obscuro y el accidente solo puede comprobarse en el acto de la operación, como me acontecio con la enferma de que se ocupa la observación 16ª; que tengo la buena suerte de haber salvado. No sucede siempre lo mismo, pues en otros

casos la torsión del pedículo viene acompañada de accidentes más manifiestos y alarmantes desde el principio: puede la torsión tener lugar en dos y tres vueltas y despertar excitación fuerte de los filetes nerviosos, que del plexo solar inervan el ovario, provocando fuertes neuralgias Agréguese á esto que la circulación queda abolida, casi por completo; de alli se derivan éxtasis venosos, dando lugar á hemorragias intra-quísticas que aumentan su crecimiento, de un modo brusco, y pueden comprometer la vida en un momento dado y hasta ocasionar la muerte. Estos accidentes, también, pueden provocar peritonitis, más ó menos agudas, que arrebaten á las enfermas en breve tiempo.

Debo advertir, todavía, que hay formas mas graves y fulmidantes cuya sintomatologia alcanza notable precisión. Esto ocurre cuando se efectua la separación completa del quiste con su pedículo; en estas circunstancias dos pueden ser las fases del fenómeno: 1ª de una manera brusca y repentina se presenta un dolor, de intensidad variable, en el lado donde reside el tumor, pero que puede irradiar hacia el muslo correspondiente, y á la región lumbar; con intolerancia gástrica mas ó menos pronunciada, pulso frecuente, pequeño, sudores, hipo, dificultad respiratoria, metiorismo y malestar general; 2ª en otras ocasiones se producen exsudaciones fibrinosas y flebitis que determinan peritonitis parciales, las que sostienen un estado febril, mas ó menos intenso, con dolor de otro caracter, formando un sindrome inflamatorio muy distinto del lipotímico anteriormente expuesto.

Y aun cuando es verdad que la torsión del pedículo se relaciona mas bien con el pronóstico de la enfermedad que con el tratamiento operatorio, debo recordar el consejo dado por el eminente cirujano francés, doctor Pean, de ligar con cuidado el pedículo para evitar se corten los vasos con la ligadura; pues aun cuando

este accidente no produzca hemorragias, en vasos que estan obliterados, puede dar lugar á exsudados nocivos, que conviene evitar á todo trance; con esta precaución operé á la enferma de que se ocupa la observación 16ª

Toca á su término esta breve exposición, en la que si no habeis encontrado, de seguro, erudición que admirar, abrigo la persuación íntima de haber expresado, con leal franqueza, los buenos éxitos que me han alentado y fortalecido en las labores ginecológicas, como las derrotas á que está expuesto todo operador.

Nada hay que sirva mejor á la ciencia y su progreso que la verdad. Los hechos desgraciados, cuando se analizan imparcialmente, tienen una enseñanza muy elocuente; pudiendo ocurrir que el decoro y reputación del cirujano padezca menos, con estos, si puso todos los medios aconsejados por el arte, que cuando el éxito justifica los resultados á despecho del desconocimiento y olvido de los preceptos mas triviales de la Cirugia operatoria.

Agréguese á lo anterior que la práctica ginecológica es muy dificil; tanto, que debidamente preparados en la anatomia y fisiologia de los órganos sexuales de la mujer y de haber practicado, muchas veces, la operación en el cadaver, no estamos seguros de poderla efectuar con pericia y acierto en las enfermas.

Principiante, en lo que pudiera llamarse alta Ginecologia, no poseo aún todas las cualidades y condiciones de un práctico ejercitado; pero creo tener vocación, por este ramo, y voluntad suficiente para alcanzar, por el estudio y la enmienda en los errores, la competencia profesional que busco; y merecer dignamente un asiento en esta distinguida Corporación.

Nestor J. Corpancho.

Vº Bº - [illegible]

CUESTIONARIO

PARA EL GRADO DE DOCTOR DEL MÉDICO Y CIRUJANO

Don NESTOR J. CORPANCHO.

Anatomia Descriptiva	Venas uterinas.
Física médica é Higiene	Determinación de las temperaturas periféricas y de los órganos profundos.
Química médica	Medios rápidos para apreciar la pureza del cloroformo.
Historia natural médica	Principales leguminosas empleadas en Medicina.
Anatomia general y patológica .	Tejido muscular de fibras lisas y miomas.
Fisiologia	Influencia del clima de las montañas sobre el organismo humano.
Anatomia topográfica y Medicina operatoria	Región abdominal.—Indicaciones de la Laparotomia.
Farmacia	Yodoformo: su materia médica y preparaciones farmacéuticas.
Patologia general	Parálisis de la sensibilidad.
Bacteriologia	Descripción y biologia del gonococo de Neisser.
Terapéutica y materia médica . .	Bi-cloruro de mercurio.
Nosografia quirúrgica	Shock.
Nosografia médica	Astenia cardiaca: su tratamiento.
Oftalmologia	Conjuntivitis catarral.
Medicina Legal y Toxicologia .	Responsabilidad profesional.
Partos, enfermedades puerperales y de niños	Sección y ligadura del cordón umbilical.
Clínica quirúrgica (mujeres) . . .	Indicaciones del raspado uterino y su técnica.
Clínica quirúrgica (hombres) . .	Lesiones traumáticas de la medula.
Clínica médica (mujeres)	Diagnóstico de la obliteración arterial.
Clínica médica (hombres)	Uremia.
Clínica de partos	Diagnóstico del embarazo de gemelos.

LIMA, DICIEMBRE 13 DE 1895.

M. C. Barrios.

Vº Bº—*ROSAS.*

APÉNDICE.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

1ª

Jacinta Acevedo—india,—natural de Jauja—de 17 años de edad—soltera—entró á mi servicio, á ocupar la cama Nº 26 de la sala de San Miguel, el 17 de Octubre de 1892.

No hay antecedentes morbosos—Nulípara—Periodos menstruales irregulares y dolorosos. Pequeño tumor en el hipogastrio, cargado á la derecha; movible y ligeramente fluctuante. Al tacto: eminencia debil en el fondo de saco lateral derecho; por el recto: masa voluminosa, hacia el mismo lado, fluctuante.

Quiste unilocular del ovario derecho.

Esta fué la primera *ovariotomia* que practiqué y la operación con que inicié mis trabajos ginecológicos (operatorios).

En esta ovariotomia fuí ayudado por el Dr. Velasquez, médico auxiliar del Hospital, y por los Dres. J. M. Mayorga y A. Luna, entonces, interno y externo, respectivamente, de mi servicio.

La operación se hizo con poca pérdida de sangre. Después de la incisión abdominal se abrió el peritoneo; puesto á descubierto el quiste se puncionó y se obtuvo un líquido ligeramente amarillento, que alcanzaria á medio litro.

El tumor era pequeño; se extrajo facilmente, por no haber adherencias, respetando el útero y el otro ovario.

La operada no tuvo un solo dia de fiebre y antes de los 18 estaba completamente curada. Ha seguido, hasta ahora, en el Hospital en calidad de empleada y goza de la más perfecta salud. Sus periodos son regulares.

Esta operación se hizo el 12 de Noviembre del año citado.

LÁMINA 1—FIGURA 3.

2ª

El año 1892, antes de mi viaje á Europa, practiqué una *amputación del cuello del útero* empleando, por primera vez, el amputador de Nelatón; habiéndola hecho, en otras ocasiones, por otros procedimientos.

Se trataba de una mujer afectada de ***metritis cervical*** crónica, ***con hipertrofia considerable del cuello;*** este era tan voluminoso que, en cualquiera posición de la enferma, estaba fuera de la vulva, encontrándose ulcerado á consecuencia de los continuos roces.

Viendo los inconvenientes que tal situación presentaba, para la enferma, y deseoso de tratar de un modo radical tan molestosa enfermedad, me decidí por la amputación del cuello, la que verifiqué sin inconveniente, por medio del amputador de Nelatón y una vez hecha la sección, cautericé la superficie cruenta con el termo-cauterio de Paquelin.

No sobrevino complicación alguna, y una vez desprendida la escara se verificó la curación rápidamente.

3ª

Simona Gonzáles—negra—de los alrededores de Lima—de 60 años de edad—multípara—entró á mi servicio el 21 de Febrero de 1893 y ocupó la cama Nº 14 de la sala de San Miguel.

Fibro-mioma del útero—muy voluminoso. Movible con dificultad. Hemorragias múltiples y frecuentes. Trastornos intestinales y vesicales, por compresión.

Histerectomia abdominal con extirpación total de anexos. ***Pedículo extra-peritoneal***.

Durante la operación, y, en momento en que se seccionaba el ligamento ancho

del lado derecho, con la tijera entre dos pinzas largas de Pean, es picada una asa intestinal; se sutura el intestino en un tercio de su circunferencia y se continua la operación.

Todo marcha bien hasta el octavo dia en que, por un movimiento brusco de la enferma, penetra en la cavidad del vientre una de las agujas—broches, que sostienen el pedículo; dolores agudísimos; se busca á los médicos del Establecimiento; llega mi hermano el Dr. Juan E. Corpancho, extrae el broche, cambia la curación de la enferma y vuelve todo á su primitivo estado.

Sin embargo de estos accidentes la enferma se cura; la mayor temperatura ha sido de 38° y sale del Hospital el 30 de Abril del mismo año, es decir, dos meses despues de operada (Marzo 19)

LÁMINA I—FIGURA 4.

4ª

Maria Matallana—zamba—de Lima—de 22 años de edad—virgen—constitución debil—mal reglada—frecuentes hemorragias—dolores hipogástricos—trastornos digestivos y de la micción por efecto de la compresión.

Tumor que ocupa la parte media del hipogastrio, fijo, de volumen mediano; no llega al ombligo. El tacto rectal manifiesta que la inserción del tumor está en el útero.

Fibro-mioma uterino.—*Histerectomia abdominal* y extirpación de anexos el 11 de Marzo de 1893. Fuertes adherencias con el peritoneo, con los intestinos y con la vejiga. ***Pedículo extra-peritoneal.***

Al segundo dia de la operación sobrevino una hemorragia que puso en grave peligro á la enferma; tuve que quitar algunos puntos de sutura de las paredes del vientre, hasta llegar al plano peritoneal; cogí una arteriola que sangraba y la torcí con la pinza. Sin ningún otro contratiempo, se curó la enferma cerrándose la herida abdominal el 28 del mismo mes. Pocos meses después la operada se casaba y hoy goza de la más cabal salud. Domiciliada en la calle de Malambo, callejón de la «Esperanza».

Enferma remitida por el Dr. La-Puente.

LÁMINA III.—FIGURA 4.

5ª

María Stevenson.—blanca—de Lima—de 26 años de edad—virgen. Menstruación á los 12 años. Desde la edad de 22 sufre frecuentes hemorragias y dolores intolerables del vientre. Tumor volúminoso que llega al ombligo y que ocupa la parte media; adherente, casi fijo, duro y renitente; trastornos de parte de las vias digestivas y urinarias, debidos sin duda á la compresión ejercida por el tumor. Se diagnostica ***Fibro-mioma uterino***.

Se procedió á la operación el 16 de Marzo de 1893.

Histerectomia abdóminal con extirpación de los anexos.

Fuertes adherencias, á los intestinos y la vejiga; se desprenden con la espátula. ***Pedículo extra-peritoneal***. Duración de la operación, una hora y treinta minutos.

Excitación nerviosa y vómitos frecuentes la noche de la operación. Temperatura 36°5; pulso frecuente, 120 al minuto; extracción de la orina cada seis horas, la cual es abundante y sanguinolenta.

Los dias consecutivos bastante bien. Temperatura máxima 37°6.

A los veinte y cinco dias cae el pedículo, y la herida abdominal se cicatriza pocos dias más tarde; el 20 de Abril está completamente cerrada. Algunos meses despues tuve ocasión de verla, habia una ligera eventración por lo que le aconsejé el uso de un cinturón elástico.

Posteriormente, he sabido que el año pasado murió en la Provincia de Jauja, á consecuencia de una tuberculosis aguda.

Enferma remitida por el Dr. Ganoza.

LÁMINA III.—FIGURA 3.

6ª

Damiana Molina—india—natural de Angaraes—de 48 años de edad—soltera—constitución debil—ingresó á mi departamento, á ocupar la cama N.° 27 de la sala de San Pedro, el 20 de Diciembre de 1892.

Multípara; periodos menstruales irregulares y muy abundantes; flujo leucorreico desde hace algunos meses; micción difícil; movimiento febril en las tardes, por lo que quedó en observación, durante algún tiempo.

Tumor voluminoso en el vientre, extendiéndose hasta dos traveces de dedo, sobre el ombligo y hácia el flanco izquierdo. Al tacto: eminencia notable en el fondo de saco lateral izquierdo; fijeza del útero, que formaba parte del tumor; cuello entreabierto, moco uterino abundante, metrorragias.

Diagnóstico: ***Fibro-mioma uterino.***

Después de haberse restablecido la enferma y haber desaparecido la febrícula vespertina, procedí á operarla el 19 de Marzo de 1893.

Incisión extendida desde el ombligo al pubis; hubo de prolongársela por su parte superior, el ombligo, para facilitar la extracción del tumor. Se ligó separadamente el ligamento ancho izquierdo, donde se encontró, entre sus dos hojas, una colección purulenta.

Ligadura elástica—***Pedículo extra-peritoneal.***

Noche de la operación bastante mala: hipotermia, colapso, vómitos incoercibles; en este estado continúo el siguiente dia hasta su muerte que se realizo el 21, en la mañana. *Autopsia*: peritonitis infecciosa.

7ª

Zoyla M.—mestiza—natural de Huancayo—de 36 años de edad—casada—multípara—constitución fuerte.

Desde un año, próximamente, se queja de trastornos menstruales y fuertes hemorragias, dolores al hipogastrio y de un flujo leucorreico constante, amarillento y bastante fétido. Al tacto: cuello ulcerado extensamente con vegetaciones cancerosas; sangra; no ha invadido los fondos de saco vaginales; el cuerpo del útero ligeramente aumentado de volumen, pero movible. Disuria y constipación tenaz.

Diagnóstico: ***Cancer del cuello del útero.***

El 3 de Abril de 1893 se hizo un curetage del cuello, seguido de cauterización con el cloruro de zinc. Tapones de gasa yodoformada, inyecciones de sublimado al 1/4000 durante 15 dias, hasta que el 26 del mismo mes se practicó la *histerectomia vaginal.*

El procedimiento seguido fué el de Pean. Durante varios dias, anteriores á la operación, se prescribieron tres grandes irrigaciones vaginales con sublimado al 1/4000, aplicándose en seguida un tapón yodoformado durante la noche. Al mismo tiempo, y con el objeto de mantener el vientre siempre corriente y aseptizarlo, en cuanto fuera posible, se prescribió una oblea de benzo-naftol y cáscara sagra-

da con los alimentos. La víspera de la operación se le administró un purgante; enema de ácido bórico, en la mañana de la operación; baño general. Cloroformización.

Posición dorso sacra; un ayudante para cada muslo que mantienen los separadores. Incisión, con el bisturí, del fondo de saco de Douglass; débiles adherencias; ligeras hemorragias. Se separan las adherencias con el dedo. Se completa la incisión por el fondo de saco anterior, previa colocación de pinzas largas de Pean, para ligamentos anchos. Sección de estos ligamentos entre las dos pinzas de cada lado; no puede hacerse la extracción del útero, pero mediante tracciones laterales se logra conseguirlo, no sin trabajo.

Se dejan á permanencia las pinzas; se dan algunos puntos de sutura, á ambas paredes vaginales, sobre sus comisuras; y se coloca en el fondo una gran tira de gasa yodoformada, apelotonada; juntura de los muslos; reposo absoluto.

En la noche de la operación vómitos frecuentes (clorofórmicos); depresión del pulso é hipotermia; al siguiente dia, se alivia la enferma; curación completa á los 24 dias.

Posteriormente he tenido ocasión de verla; goza de salud perfecta.

LÁMINA III.—FIGURA I.

8ª

Vicenta Diaz—de Lima—de 39 años de edad—costurera—soltera—nulípara—constitución debil y de temperamento linfático—ingresó al Hospital de Santa Ana el 11 de Abril de 1894, ocupando la cama Nº 26 de la sala de San Pedro, perteneciente á mi servicio de cirugia.

La menstruación se inició á temprana edad (12 años); á los 18 años tuvo leucorrea que duró algunos meses y que, por referencias de la enferma, es de suponer fuera sintomática de una endometritis.

Hace dos años que sus periodos se han hecho muy irregulares y sólo le duraban tres dias, en vez de ocho, que era en ella lo habitual: y, poco mas ó menos por la misma época, observó que su vientre iba adquiriendo mayor volumen.

Desde el año anterior, es decir el 93, ha venido varias veces al servicio, se le han hecho punciones al vientre y se le ha extraido grandes cantidades de líquido ascítico.

El estado de la enferma el 21 de Abril, fecha de la operación, es como sigue:

vientre voluminoso, esférico, circulación suplementaria; ascitis considerable, fluctuación en ciertos sitios, macicez en otros, coincidiendo con la aparición de diversos tumores. Al tacto, tumor apreciable por la vagina y el recto; muy fijo.

Laparatomia:—incisión del ombligo al pubis; se descubre un ***voluminoso quiste del ovario***; punción con el trocar de Kœberlé; contenido líquido, citrino al principio, color café después y, por último, de consistencia coloide. Varios quistes más de menor volumen, el mayor multilocular, papilomatoso.

Después de la operación: hipotermia 35°5, deficiencia del pulso, vómito: inyecciones de eter, cafeina, aceite alcanforado, inhalaciones de oxígeno etc.; se reanimó á las 9 p.m, en que se extrajo la orina, 10 gramos proximamente y sanguinolenta. Al siguiente dia, vuelve la depresión; el pulso se hace muy frecuente, 146 al minuto, la temperatura vuelve á descender á 35°5, los vómitos que se habian hecho raros se repiten, haciéndose incesantes; poca excreción urinaria; vivo dolor al hipogastrio. En este estado continua, todavia, dos dias más, hasta el 24 en que falleció á las 9 h. a. m.

A la *autopsia* se comprobó un espesamiento considerable del peritoneo, en gran estensión, muy vascularizado, color verdoso al rededor del ombligo; derrame seroso en la cavidad pelviana; vejiga y recto fuertemente enrojecidos y trompa izquierda muy engrosada. Los demás organos estaban en buen estado, así como las suturas que no habían experimentado cambio alguno.

9ª

Juana Ramos—mestiza—natural de Lima—de 40 años de edad—soltera—lavandera—temperamento bilioso y constitución fuerte. Mestruación á los 13 años; ha tenido un hijo que cuenta hoy 20 años.

Desde hace dos años, más ó menos, y á consecuencia de un golpe (según ella dice) se le suspendió el periodo y viene experimentando fuertes dolores al bajo vientre, aumento de su volúmen y frecuentes hemorragias.

Se queja de constipación intestinal muy tenaz y ligeros trastornos de la micción, por lo que en dos ocasiones ha sido necesario extraerle la orina

Por el examen al tacto, combinado con la palpación abdominal, se tiene la noción exacta, de la existencia de un ***fibro-mioma intra-uterino***, con aumento de espesor de las paredes del órgano. Por la exploración al espéculum, se confirma mi aserto; comprobándose aún más por el cateterismo uterino: el histerómetro marcaba 10 centímetros.

Practiqué la enucleación de parte del tumor intra-uterino por la via vaginal, haciendo en seguida el raspado de la cavidad uterina y cauterizando su superficie con creosota. La enferma siguió bien desde el 30 de Marzo de 1894, dia en que practiqué el curetaje, hasta el 2 de Mayo del mismo año en que decidí operarla; porque los síntomas primitivos se habian reproducido, siendo las hemorragias muy considerables y frecuentes; haciéndome sospechar una degeneración cancerosa.

Procedí á la *histerectomia vaginal*, por encontrar el utero movible y no haber adquirido mayor desarrollo.

La operación fué de facil ejecución, relativamente, pues no habia adherencias; duró 45 minutos. Al cuarto dia, ligero movimiento febril, temperatura 38°8 que fué el maximun que alcanzó durante los 18 dias que duró su curación.

LÁMINA II—FIGURA I.

10ª

E. L. A.—blanca—natural de Lima—de 56 años—viuda desde hace algunos años—ingresó al Hospital Francés en el mes de Abril de 1894, con el exclusivo objeto de operarse.

Esta Sra. que me fué remitida por mi distinguido amigo, el Dr. Manuel C. Barrios, estaba ya en la menopausia; multípara; ha experimentado abundantes hemorragias.

Tumor voluminoso que data desde hace algunos años; la paciente calculaba su aparición de 10 á 12 años. Era un ***fibro-mioma intersticial del útero.***

Se practicó la *histerectomia abdominal y extirpación de los anexos* el 6 de Mayo de 1894. Dificultades operatorias, sobre todo para la extracción del tumor, tanto por su volumen como por las fuertes adherencias que habia contraído con los órganos vecinos, particularmente con la vejiga y el recto.

Pedículo extra-peritoneal.—Duración de la operación 2 horas proximamente. Ligera hemorragia; ligadura de las arterias utero-ováricas, separadamente. Sutura, en cadena, de los ligamentos anchos. El vientre se suturó en tres planos y todo quedó en perfecto estado. Sin embargo de las buenas condiciones en que dejamos á la enferma, algunas horas después, vino una depresión grande, hipotermia, vómitos, sub delirio etc., habiendo fallecido al tercer dia de la operación. No fué posible practicar la autopsia para comprobar la causa de la muerte.

LÁMINA I—NÚMERO 6.

11ª

Manuela Aparicio—blanca—natural del Callao—de 30 años de edad—soltera—costurera—constitución débil y temperamento linfático—entró en mi servicio, á ocupar la cama Nº 5 de la Sala de San Pedro, el 8 de Mayo de 1894.

Multípara—Ha estado antes en el Departamento con una vaginitis blenorrágica. Sufre trastornos menstruales desde esa época; pocos dias antes de su ingreso, estando con su periodo, recibió un fuerte golpe en el bajo vientre. Suspensión del flujo catamenial, agudísimos dolores al hipogastrio, escalofrios, fiebre alta, timpanismo del vientre y retención de las materias fecales.

Al tacto vaginal: se aprecia un tumor blando, fluctuante; y dolores en el fondo de saco posterior.

Por el ano: la misma sensación de tumor redondo y fluctuante: se diagnostica ***Hematocele retro-uterina***.

Se puncionó el fondo de saco de Douglas y se dió salida á una gran cantidad de sangre negruzca; algunos coagulos obturan la cánula por lo que se practicó, en el mismo sitio de la punción, una incisión y entonces pudo extraerse una inmensa cantidad de coagulos negruzcos y muy fétidos. Lavados antisépticos y mecha de desagüe. Aliviada la enferma salió del Hospital el 25 del mismo mes. Poco tiempo después sobrevinieron fenómenos de infeccion, razón por la cual me decidí á practicar la *histerectomia por la via vaginal* en su domicilio, el 10 de Junio del mismo año. Seguí el procedimiento ya mencionado en la observación 7ª; operación facil; no hubo adherencias, verificándose su completa curación 48 dias después, sin haber ocurrido nada digno de mencionarse. Después ha regresado al servicio, á curarse de contusiones, y he podido comprobar la curación.

LÀMINA II—FIGURA 6.

12ª

Manuela Nuñez—zamba—de Moquegua—de 50 años de edad—casada—lavandera—mandada á mi servicio, para operarse, por mi amigo el Dr. Almenara Butler,—Ingreso el 16 de Junio de 1894 y ocupó la cama N.º 16 de la Sala de San Miguel.

No hay antecedentes, ni enfermedades anteriores. Periodos menstruales irregulares, ligeros trastornos digestivos de tiempo en tiempo (constipación).

Tumor fibroso bastante voluminoso (***fibro mioma del cuerpo del útero.***)

Histerectomia abdominal el 18 del mismo mes. Incisión desde el ombligo hasta 2 centímetros sobre el pubis. Dada la dimensión del tumor, hubo de prolongarse la incisión sobre el ombligo, contorneándole, para facilitar su extracción. Punto fluctuante en el tumor, punción con el trocar de Kœberlé. Salida de pequeña cantidad de líquido negruzco; ovario y trompa izquierdos enfermos; extirpación, previa ligadura, juntamente con el tumor principal. Conservación de los anexos del lado derecho. Sutura de los ligamentos anchos. Muchas adherencias con la vejiga; se separan con la espátula. Ligadura elástica; pero considerando la cortedad del pedículo por una parte, y una hemorragia en red que se produjo, me hizo preferir el ***abandono del pedículo***, después de suturado en la cavidad peritoneal, siguiendo el procedimiento de Schroeder; y proceder luego á la aplicación del Mikulicz, que emplee por primera vez.

La duración de la operación fué de una hora y media.

La enferma siguió perfectamente; su mayor temperatura fué de 38°5, hasta su completa curación que se verificó el 13 de Julio, es decir, 26 dias después de la operación. Esta historia ha sido publicada con más extensión en «La Cronica Médica» N.° 144.

LÀMINA 1—FIGURA 1.

13ª

X. X.—natural de Supe—de 26 años de edad—casada—multípara—vino á esta Capital á solicitar mi asistencia. Esta señora, muy robusta, se queja de perturbaciones menstruales, de un flujo leucorreico abundante y de una molestia constante en la vagina.

Practicado un prolijo examen, empleando todos los métodos de exploración, diagnostico tan solo una ***hipertrofia del cuello del útero*** y la consiguiente metritis cervical que le ha dado origen.

El cuello es tan voluminoso que casi asoma á la vulva cuando la señora está de pié. Opiné por la amputación del cuello, como único tratamiento curativo, lo que se decidió en consulta.

La operación la ejecuté en el domicilio de la paciente, calle de La Riva, en el mes de Julio de 1894.

Practiqué una incisión circular de la mucosa del cuello y después de separada esta, hácia arriba, apliqué la cadena del *ecrasseur* y amputé el cuello lentamente para evitar la hemorragia consiguiente. En este caso no procedí á practicar la operación de Martin, por no haber campo operatorio, suficiente, dada la obesidad de la enferma. Taponamiento de la vagina, con gasa yodoformada, durante veinte y cuatro horas.

No hubo hemorragia, tan solo vómitos ligeros que se detuvieron con Champagne helado.

Pocos días después se levantó la enferma para restablecerse rápidamente.

Remitida por el Dr. Seguín.

14ª

M. V. S. de R.—de 32 años—multípara—domiciliada en la calle de Malambo—Aparecieron sus menstruos á los 14 años; siempre irregulares. Se casó á los 20 y desde los 28 principió á sufrir un flujo leucorreico. Viniendo de Ayacucho á esta, sintió agudos dolores al nivel del ovario derecho y, algunos dias despues de su llegada, arrojó por el ano una gran cantidad de pus, atenuándose los dolores. Esta mejoria duró apenas veinte dias y los dolores reaparecieron.

El examen reveló lo siguiente:—Utero en retroversión muy adherente—La palpación bi-manual de los anexos determinó dolores casi sincopales. Los anexos se hallaban muy aumentados de volumen, de preferencia el derecho. El estado general muy empobrecido.

Diagnóstico.—***Pio-salpingitis doble.***—Propuesta la operación fué aceptada.

Histerectomia vaginal practicada el 8 de Agosto de 1894.—El útero es seccionado, facilmente, en cuatro fragmentos.—Los anexos son extirpados en su totalidad.—El ovario derecho contenia pus fetido.—La operación duró 43 minutos—La enferma se levantó á los 25 dias, completamente curada.

15ª

I. Z. de C.—de 40 años—domiciliada en la calle de San Carlos.

Antecedentes—Reglada á los 14 años, 4 niños y un aborto.

Al año, á consecuencia del aborto, sintió dolores en la ingle izquierda; sus reglas aunque regulares le ocasionaban dolores en esta ingle.

El 15 de Mayo de 1894 fué, durante la noche, acometida de una fuerte metrorragia, acompañada de vivos dolores, en el vientre, que se irradiaban á la vulva. A los dos dias los dolores eran insoportables, teniendo su máximum de intensidad en la ingle del lado izquierdo.

Exámen—Al tacto cuello casi borrado; útero inmóvil; en el fondo de saco izquierdo se siente perfectamente la trompa, gruesa, dolorosa, facilmente limitada entre el dedo y la mano aplicada sobre el vientre. En el fondo de saco derecho se siente un pequeño tumor, duro, que revelaba ser el ovario.

Diagnóstico.—***Pio-salpingitis izquierda.—Absceso del ovario derecho.***

Operación—***Histerectomia vaginal***, el 14 de Agosto de 1894: el 7 de Octubre quedó completamente curada.

16ª

Maria Reyes—de Piura—de 33 años de edad—costurera—nulípara—ingresó á mi servicio el 25 de Octubre de 1894 y ocupó la cama No 6 de la sala de San Pedro.

Menstruaciones irregulares y dolorosas: hace, solo, dos meses que se nota la existencia de un tumor en el vientre por lo que me fué enviada, para operarla, por el Dr. Honorio Ibarra.

Su último periodo menstrual fué, el 10 de Octubre, antes de su ingreso al Hospital.

Después de prolijo examen, diagnostiqué ***Quiste del ovario derecho.***

El tumor era muy voluminoso: llenaba, casi totalmente la cavidad abdominal, alcanzando su límite superior, tres centímetros por debajo del apéndice xifoides, y ocupaba los dos flancos. Al nivel del ombligo la circunferencia era de un metro, 15 centímetros.

El 27 del mismo mes practiqué la *ovariotomia.*

El contenido del quiste era un líquido espeso, color verde oscuro, que al puncionarlo hizo irrupción en la cavidad del vientre, pues se desgarró su pared. Se fijó una pinza de Nelatón á la desgarradura, para evitar continuara cayendo el líquido en la cavidad peritoneal, la que se seca cuidadosamente; el ***pedículo*** estaba ***torcido.***

Consecutivamente á la operación, se observan vómitos ligeros, que se cohibie-

ron facilmente al dia siguiente; la temperatura fué esa noche 36°8; pulso 110; respiración 20.

Desde el dia siguiente todo marcha bien, hasta su completa curación que se verificó al decimotercio dia. La mayor temperatura fué de 37°5.

Se le dió de alta el 11 de Noviembre del mismo año.

17ª

Josefa Flores—negra—natural de Lima—de 45 años—viuda—curandera—ingresó al Hospital, el 13 de Octubre de 1894, á ocupar la cama Nº 8 de la sala de San Pedro.

Su salud anterior ha sido muy buena; dice no haber tenido enfermedad alguna de consideración. Menstruación á los 13 años, siendo regulares; de 6 ú 8 dias de duración.

Ha tenido 8 hijos, de término todos. Desde hace un año padece de frecuentes hemorragias y sus periodos menstruales se han hecho irregulares, repitiéndose dos ó tres veces en un mes. Dolores al vientre, muy á menudo; ha tenido algunas veces retención de orina y sus cámaras son muy raras. Dice no haber fijado su atención en el aumento de volumen del vientre, sino hace 6 ú 8 meses.

Tumor central, fijo, voluminoso; su altura está á cuatro traveces de dedo, debajo del ombligo; movible y parece sin adherencias. Forma cuerpo con el útero, sobre el cual parece implantarse. Utero aumentado de volumen. No se siente al tacto nada notable

Operación el 10 de Noviembre de 1894. *Histerectomia abdominal* y extirpación total de anexos.

El tumor era un **fibro-mioma intersticial**, con adherencias á las trompas y ovarios, de ambos lados, formando un solo cuerpo. Duración una hora 45 minutos.

Pedículo extra-peritoneal.—Mecha de gasa yodoformada para facilitar el desagüe por temor de hemorragia consecutiva, pues habia algunas adherencias con la vejiga. Convalescencia feliz; nada en su curación digno de consignarse; á los 25 dias cayó el pedículo y se cicatrizó la herida abdominal el 15 de Enero; saliendo del Hospital el 28 del mismo mes.

Esta enferma fué remitida por el Dr. Fernández Concha.

18ª

Agueda Murillo—mestiza—natural de Lima—de 28 años de edad—casada—constitución regular—multípara.

Como antecedentes personales nada hay digno de consignarse, hasta su último parto que fué muy laborioso, seguido de una hemorragia de alguna consideración.

Hace como tres años que sus periodos se han hecho irregulares, prolongándose más de diez dias; en algunos meses, se han producido verdaderas hemorragias que han debido ser convenientemente tratadas para cohibirse. Desde algunos meses estas hemorragias se han hecho muy frecuentes.

Hecho el examen por todos los medios exploratorios, se ha venido á diagnosticar un ***mioma intra-uterino voluminoso***. Dilatado el cuello del útero y medido al cateter se observa un aumento considerable de la cavidad uterina.

En vista de la ineficacia de los tratamientos paliativos, que en tales casos se preconizan, me decidí á practicar su extracción, realizándola el 16 de Noviembre de 1894.

No habiendo podido extraer el tumor integramente, dado su volumen, procedí á su despedazamiento hasta extraerlo completamente, teniendo especial cuidado de no lacerar las paredes uterinas. Una vez concluida esta operación, procedí á hacer un raspado de la cavidad de la matriz y su cauterización con la creosota; con el doble objeto de no dejar ningún nódulo del tumor y evitar la hemorragia consecutiva, no olvidando dejar en la cavidad una mecha de gasa yodoformada; la curación se realizó á los 20 dias.

Esta enferma me fué remitida por el Dr. Honorio Ibarra y fué operada en su domicilio, calle de Pachitea Nº 49.

Es digno de referirse que dos hermanas de la Murillo han sufrido de la misma afección, una de las cuales operé, hace dos años proximamente.

19ª

N. N.—mestiza—de 36 años—casada—de constitución fuerte y temperamento sanguineo—domiciliada en la calle de Huancavelica—me fué recomendada por el Dr. Acuña.

Multípara. Periodos menstruales muy irregulares, con frecuentes hemorragias. Dolores agudos al vientre. Constipación pertináz y trastorno de la miccion.

Tumor en el hipogastrio; movil á la palpación. Al tacto, forma cuerpo con el útero: anexos libres é indolentes; cuello entre-abierto, que dá salida á una porción del tumor que es intra-uterino.

Diagnóstico:—***mioma cavitario***

Decidida la operación fué practicada el 15 de Marzo de 1895.

Las dificultades de su enucleación, hicieron que, como en la anterior, me decidiera por la fracmentación del tumor, con la tijera curva, hasta su completa extracción.

Curetage y cauterización de la cavidad uterina: colocación de gasa yodoformada y reposo absoluto en el decúbito dorsal. Esta enferma se obstinó en no ser cloroformizada, por lo que tuvimos que renunciar á la anestesia. Sin embargo de lo prolongada que fué la operación la sufrió, resueltamente, con un valor digno de encomio.

Nada de notable ocurre en los dias que se siguen á la operación, y la enferma se halla restablecida al cabo de los 32 dias.

Pocos meses despues tengo la oportunidad de verla por haber solicitado mis cuidados, para un lijero catorro bronquial, y adquiero el conocimiento de que sus periodos se han regularizado y su salud ha sido bastante satisfactoria.

20ª

Josefa Hurtado—mestiza—de Concepción—de 35 años de edad—de constitución fuerte—soltera—entró á mi servicio el 3 de Julio de 1895, ocupando en la sala de San Miguel la cama Nº 6.

Primera menstruación á los 14 años.—Nulípara.—Desde hace dos años, más ó menos, metrorragias abundantes y frecuentes: dolores abdominales: dificultad para la defecación y micción, la que se ha acentuado cada dia mas. Vientre muy voluminoso; tumor abdominal duro en su parte central, lijeramente fluctuante hacia la derecha, muy irregular: notándose á la palpación masas duras, alternando con placas fluctuantes.

Diagnóstico—***Fibro-quiste y fibro-mioma uterino***—Al tacto: en el fondo de saco lateral derecho se observa fluctuación que confirma la opinión emitida.

Se practica la ***laparotomia*** el dia 8 de Julio de 1895 para hacer la ***histe-***

rectomia; como al mismo tiempo se comprueba la existencia de un gran quiste del ovario derecho; se extirpa este y los anexos; hay algunas adherencias que se desprenden á la espátula; ***se forma el pedículo*** y se le abandona en la cavidad abdominal, pues se considera sin peligro.

En esta enferma se notaba, que cada vez que el vientre iba á desocuparse eran precedidas las deposiciones de fuertes retortijones intestinales. Curación rápida; habiendo salido del Hospital el 30 de Setiembre del mismo año, después de haber permanecido en estado de convalescencia, durante mas de un mes.

21ª

A. C. de P.—domiciliada en la calle de Monserrate—de 35 años.

Antecedentes:—Reglada á los 15 años, no ha tenido hijos.

Por 4 años ha sufrido ataques salpingeos que han cedido por el reposo y tratamiento. Examinada el 30 de Junio diagnostiqué ***Pio-salpingitis doble*** y útero fibromatoso.

Operación—***Histerectomia vaginal*** el 20 de Julio de 1895—*Morcellement* muy laborioso por el enclavamiento del útero—Las trompas fueron extirpadas en su totalidad, lo mismo que los ovarios.

Esta enferma abandonó la cama á los 15 dias, completamente curada.

Remitida por el Dr. J. D. Castro.

22ª

Matilde Vaca de Alvarado—mestiza—de Huacho—de 27 años de edad—ingresó á mi servicio, sala de San Miguel Nº 13, el 4 de Agosto de 1895.

No hay antecedentes morbosos. Ha tenido un hijo de término. Hace dos años proximamente que tiene metrorragias frecuentes. Periodos menstruales irregulares y dolorosos.

Desde el año pasado se hace insoportable el peso del vientre, que ha adquirido considerable volumen. Constipación y dificultad para la micción

Tumor redondeado ocupando el hipogastrio hasta nivel del ombligo, cargado ligeramente á la derecha y muy fijo. Al tacto, forma cuerpo con el útero, al cual trasmite su fijeza. A la palpación y tacto combinados, apenas puede imprimírsele ligeros movimientos de lateralidad. Fondos de saco invadidos.

Fibro-mioma intersticial con salpingitis parenquimatosa. Operada el 5 de Agosto de 1895.

Histerectomia abdominal y extirpación total de anexos. Muchas adherencias; trompas gruesas, como el índice; vasos numerosos; el tumor sangra bastante. Pedículo ***intra-peritoneal.*** Duración de la operación 2 horas.

Hipotermia después de operada, que duró hasta las 10 de la noche, 35°8. Mediante sacos de afrecho caliente que rodeaban el cuerpo, inyecciones repetidas de eter, aceite alcanforado y cafeina, inhalaciones de oxígeno y coñac con agua, á pasto, se reanimó para continuar bien hasta su completa curación. Temperatura máxima 37°8. Salió del Hospital el 17 de Setiembre del mismo año.

Enviada por el Dr. Manuel R. Ganoza.

Lámina II.—Figura 4.

23ª

M. Salcedo de Salcedo—blanca—de mas de 50 años—Fué operada en el pueblo del Barranco (cerca de Lima) el 4 de Setiembre de 1895.

Esta señora vino expresamente de San Pedro, Provincia de Pacasmayo, á operarse de un quiste del ovario, que habia sido diagnosticado antes, y cuya existencia databa de mas de doce años. Señora muy bien constituida y muy resuelta, no trepidó un momento ante los peligros operatorios.

Se practicó la *ovariotomia* de un gran ***quiste del ovario derecho.*** habiéndose conservado el izquierdo por encontrársele perfectamente sano. Se suturó el vientre, como en casi todos los casos, con tres planos de suturas. Al cuarto dia de operada vino el flujo menstrual, coincidiendo con la época normal, y á los 8 dias se levantó la enferma perfectamente curada.

La herida abdominal se cicatrizó por primera intención; no habiendo presentado consecutivamente ningún trastorno funcional.

Remitida por el Dr. Pedro Brito.

Lámina II.—Figura 2.

24ª

M. C.—blanca—natural de Lima—de 28 años de edad—soltera—domiciliada en la calle del Baratillo—se operó el dia 16 de Setiembre de 1895.

Es una señorita bien constituida. Sus periodos menstruales se iniciaron muy temprano, no ofreciendo trastornos hasta hace poco tiempo, un año mas ó menos, en que se hicieron raros é irregulares; coincidiendo estos cambios con el aumento considerable del vientre.

Quiste del ovario derecho y fibro-quiste del izquierdo.

Se practicó la *ovariotomia* que fué muy laboriosa, á consecuencia de las múltiples adherencias contraidas con el intestino y aún con la vejiga; se extirpó un enorme quiste, cuyo contenido, relativamente escaso, era casi gelatinoso, y de color amarillento, era multiloculrr; existiendo algunos otros pequeños quistes de contenido perfectamente límpido.

Después de los ligeros vómitos, consecutivos á la aplicación del cloroformo, y que solo duraron la noche de la operación, nada es digno de ser consignado.

La curación se verificó en 14 dias, sin haber experimentado la enferma la menor alteración. La temperatura osciló entre 37°½ y 37°.

Remitida por el Dr. Chavez.

LÁMINA II.—FIGURA 5.

25ª

Manuela Echevarria.—mestiza—de 33 años de edad—ingresó al Hospital el 23 de Setiembre de 1895 y ocupó la cama Nº 16 de la sala de San Miguel, de mi servicio.

Periodo menstrual á los 12 años: muy regulares y de 4 á 5 dias de duración. Hace tres años tuvo un embarazo que terminó por aborto á los 3 meses. Después de esto, flujo leucorreico amarillento y fétido. Desde hace seis meses, mas ó menos, siente pesadez en el hipogastrio; mas manifiesto hacia el lado derecho y ligeros dolores.

Vientre abultado á la inspección, en su parte inferior y media; á la percusión. macidez bien marcada: á la palpación: tumor sólido, redondeado, renitente, cuya altura alcanza hasta dos traveces de dedo, por debajo del ombligo. A la derecha se nota otro tumor, mas pequeño y mas movible que el anterior. Al tacto; cuello alargado y tumor duro en el fondo de saco antero-lateral izquierdo; parece formar cuerpo con el útero.

Diagnóstico:—***Fibro-mioma intersticial***

Histerectomia abdominal y extirpación total de los anexos. Adherencias múltiples. ***Pedículo intra-peritoneal***: después de suturarlo según el método de

Schröder. Duración 2 horas diez minutos. Esta operación fue practicada el 8 de Octubre de 1895.

Vómitos ligeros los dos primeros dias, consecutivos á la operación: al cuarto tomó un vaso de agua de Janos; el vientre se movió y expulsó gran cantidad de gases. La mayor temperatura ha sido de 38° y 120 el mayor número de pulsaciones. Curación completa el 28 de Noviembre.

Remitida por el Dr. Juan E. Corpancho.

LÁMINA I.—FIGURA 2.

26ª

E. P.—natural de Lima – de 38 años de edad—soltera—de constitución fuerte y linfática.

Desde su infancia ha sufrido grandes enfermedades. A consecuencia de un mal de Pott, le ha quedado una cifosis de la columna vertebral.

Hace algunos años que viene experimentando dolores agudos en el vientre, y este adquirido un volumen considerable. A la palpación, se nota un tumor fijo, muy grande, que ocupa el hipogastrio y que sobrepasa el ombligo, en dos ó tres centímetros. Este tumor ofrece una fluctuación, apreciable en ciertos sitios: pero en otros, su dureza es tal, que hace suponer la existencia de tumores múltiples y de distinta naturaleza, como se comprobó despues en la operación.—El 27 de Octubre de 1895 se practicó la ***laparotomia*** y se encontró varios ***quistes en ambos ovarios,*** con múltiples y fuertes adherencias á los órganos vecinos: uno de estos quistes contenia un mechon de cabellos y su contenido era purulento: ***quiste dermoide***; el contenido de los demás quistes, era un líquido color de café y bastante espeso. Existe además un ***tumor fibroso del útero***.

La operación fué muy laboriosa, siendo muy dificil la extracción de los tumores. El peso total de estos fué de 12 libras. La duración de tan dificil operación fué de dos horas y media. ***Pedículo extra-peritoneal***.

La noche de la operación no fué del todo mala, y hasta las 10 p. m. nada hacia temer un insuceso: pero en la madrugada, la enferma es presa de delirio violento, hipotermia, disnea, vómito etc. A la mañana siguiente, á pesar de nuestros asiduos cuidados y de agotados todos los recursos científicos, falleció á las 7¾ a.m. á las 16 horas de operada.

27ª

Nicolasa Amaro —india—natural de Iquique—de 39 años de edad—de constitución robusta y de temperamento linfático—vino á mi servicio del Hospital el 5 de Agosto de 1895, y ocupó la cama Nº 5 de la sala de San Pedro.

Multípara—ha tenido 8 hijos y un aborto de dos meses; después de este ha experimentado trastornos menstruales frecuentes, aumento de volumen del vientre, dificultad para la defecación y aun para la micción, algunas veces.

Después de cuatro años de continuos sufrimientos ha decidido operarse y, con tal objeto, ha venido á esta capital.

Examinada la enferma se nota, en la palpación, un abultamiento redondeado y resistente, hácia la parte inferior é izquierda del abdomen, que alcanza por su límite superior hasta dos centímetros, debajo del ombligo; es bastante movil y se hace muy evidente, al tacto, sobre todo en el fondo de saco vaginal, lateral izquierdo.

El 3 de Noviembre, del mismo año, se practicó la *histerectomia abdominal*, con ablación de los anexos, del lado izquierdo, que se hallaron degenerados y entre las dos hojas del ligamento ancho una colección purulenta, enquistada.

Se extrajo, pues, un ***Fibro-mioma del cuerpo del útero y un quiste intra-ligamentar supurado.***

La operación fué de facil ejecución, no habiendo ocurrido nada digno de ser referido. ***Pedículo extra-peritoneal***—Ligadura elástica.

La noche consecutiva á la operación fué muy mala: suma depresión, pulso frecuente y pequeño, hipotermia 35°8, vomitos, álgidez de las extremidades. Inyecciones de cafeina, eter; inhalaciones de oxigeno, cognac, hielo etc., etc. nada es capáz de levantar su postración, muriendo al siguiente dia. No pudo verificarse la autopsia.

Lámina III—Figura 2.

28ª

M. B. de H.—natural de Lima—de 32 años de edad—casada—constitución fuerte—temperamento nervioso—nulípara.

Hace pocos meses que siente peso al vientre y observa que aumenta conside-

rablemente de volumen: experimenta trastornos é irregularidades en su menstruación.

Después de una exploración metódica, se diagnostica: ***Fibro-mioma del útero***, y se resuelve la operación, que hubo de retardarse, á consecuencia de un ataque de bronquitis que la maltrató bastante y que le duró más de quince dias. Restablecida por completo de esta afección se procedió á la *histerectomia abdominal* el 9 de Noviembre de 1895.

La operación ofreció algunas dificultades, no tanto por la magnitud del tumor, como por la adherencias múltiples con los órganos vecinos.

Ligera hemorragia de la arteria útero ovárica derecha, durante la operación, á consecuencia de haberse aflojado una de las pinzas; se la toma y se liga separadamente. ***Pedículo extra-peritoneal***. Sutura á tres planos del vientre y colocación de gasa de desagüe al lado del pedículo.

La noche de la operación, muy mala: delirio, vómitos muy frecuentes, sabor metálico en la boca, aceleración notable del pulso, fenomenos todos que hacen suponer, con fundamento, que hay un principio de intoxicación yodofórmica.

Tratada convenientemente por mi compañero el Dr. Castro, pasa ese estado tan alarmante para entrar en un periodo de tranquilidad completa. A los 8 dias su estado es muy satisfactorio. El pedículo cayó á los 21 dias. Cicatrización próxima.

LÁMINA I—FIGURA 5.

29ª

J. L. de C.—natural de Arequipa—de 40 años, proximamente de edad—casada—de constitución fuerte—ha venido á esta Capital con el exclusivo objeto de curarse.

Después de examenes múltiples y repetidos se deside á operarse, de un tumor (***fibro-mioma uterino***) que comprende todo el cuerpo del útero, en cuya superficie externa se encuentran insertados cuatro tumores de tamaño mediano y muchos mas pequeños, de los cuales hay algunos *intersticiales*.

La operación se verificó en el domicilio de la enferma, el dia 19 de Noviembre de 1895. *Histerectomia abdominal y ablación total de los anexos* Sin embargo, las adherencias del tumor con el peritoneo y aun con los intestinos, es de facil extraccion, relativamente. La incisión del vientre es pequeña. ***Pedículo extra-peritoneal***.

En la noche que se siguió á la operación, hubo ligera hipotermia, la que solo

duró dos ó tres horas; después se levantó la temperatura á 37°3, para quedar estacionaria. Vómitos raros que se cohibieron al siguiente dia, con solo el uso del hielo.

Desde el siguiente dia de la operación, ha continuado reanimándose gradualmente; se han restablecido las funciones digestivas, y el pedículo ya momificado está próximo á caer; siendo su estado general magnífico al escribir esta observación.

LÁMINA II—FIGURA 3.

30ª

Maria Gutierrez viuda de Ormeño—mestiza—natural de Casma—de 46 años de edad—de constitución fuerte y de temperamento linfático—entró á mi servicio y ocupó la cama Nº 21 de la sala de La Virgen, el 11 de Noviembre de 1895.

Su padre falleció á consecuencia de una hemotisis algunos años há, y su madre murió hace poco de una afección cerebral.

La Gutierrez no ha sufrido enfermedades anteriores, dignas de ser referidas. Su menstruación se verificó á los 12 años—Nulípara—A la edad de 32 años, y á consecuencia de un esfuerzo, se le produjo una hernia umbilical. Hace solo dos ó tres años que sufre de hemorragias frecuentes, irregularidad en los periodos menstrales, y observa que su vientre vá aumentando sensiblemente.

Tumor fibroso del útero con alteración de sus anexos.

Se operó el 22 del mismo mes. *Histerectomia abdominal y ablación de anexos.* Al mismo tiempo se hizo la *reducción y curación radical de la hernia.* La operación fué muy laboriosa para facilitar la extracción del tumor que era muy voluminoso y que pesaba 15 libras; fué necesario dilatar la herida del vientre. ***Pedículo extra-peritoneal.*** En el pedículo se comprendió los anexos, previa ligaduras de las arterias útero ováricas de ambos lados, y sutura de los ligamentos anchos al catgut Nº 4.

Consecutivamente á la operación y después de una noche bastante regular, con 37° de temperatura y 130 pulsaciones por minuto, sobrevinieron vómitos frecuentes, timpanismo, dolor intenso al vientre, elevación de temperatura que alcanzó, en la tarde del siguiente dia, á 39°½, aceleración del pulso 146 al minuto, respiración muy anhelosa, y vómito casi incesante, de aspecto porraceo y dolores intensos al vientre, falleciendo el dia 24 á las 10 a.m.

Verificada la autopsia, se comprobó la muerte por peritonitis.

LÁMINA III—FIGURA 5.

LÁMINAS.

EXPLICACION

DE LAS LÁMINAS CONTENIDAS EN ESTA TESIS.

LÁMINA I.

1. ***Fibro-mioma del útero.***—HISTERECTOMIA ABDOMINAL.—Observación 12
2. » » » » » » —Observación 25
3. ***Quiste unilocular del ovario.***—OVARIOTOMIA. —Observación 1
4. ***Fibro-mioma del útero.***—HISTERECTOMIA ABDOMINAL.—Observación 3
5. » » » » » » —Observación 28
6. » » » » » » —Observación 10

LÁMINA II.

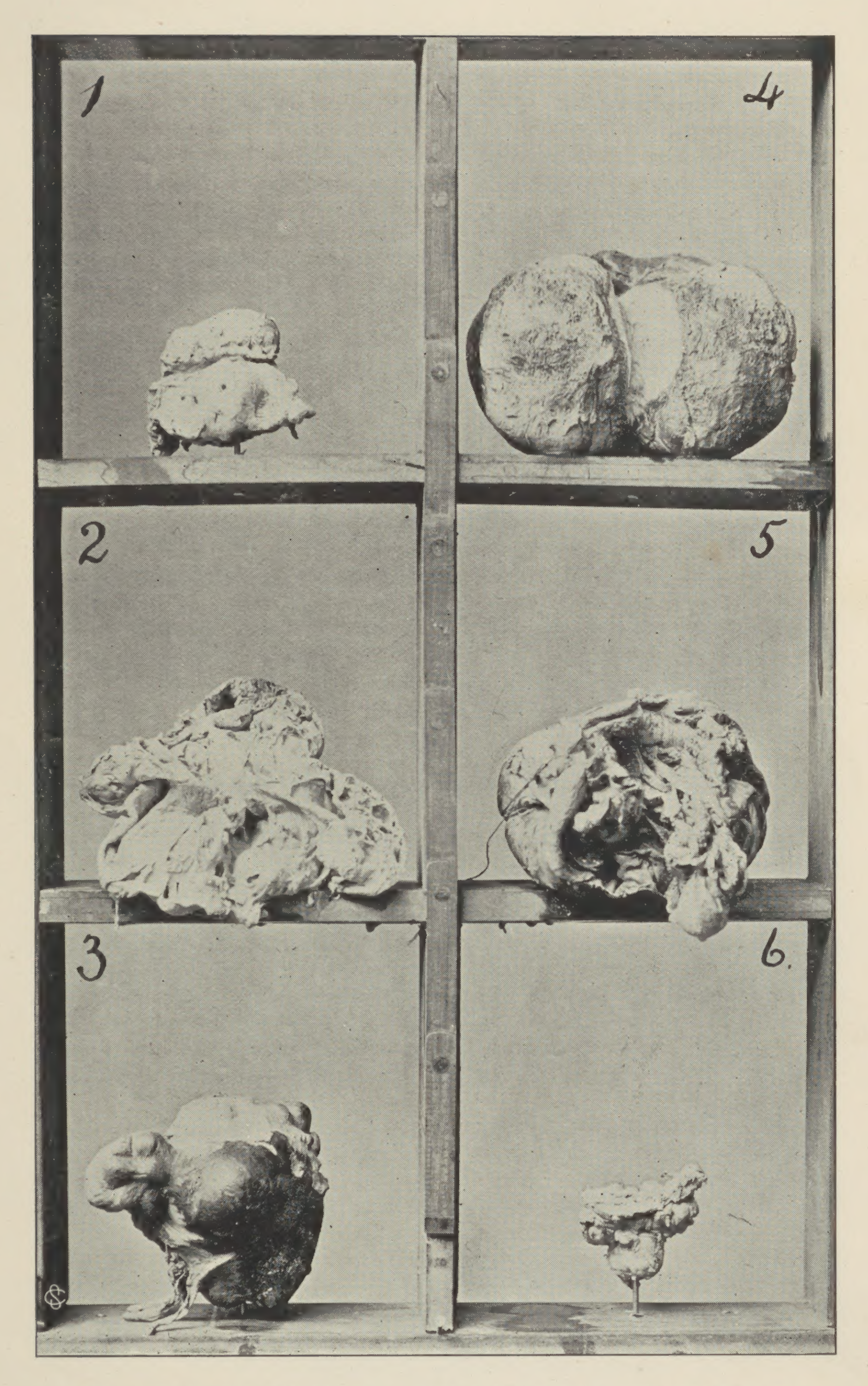
1. ***Fibro-mioma del útero.***—HISTERECTOMIA VAGINAL. —Observación 9
2. ***Quiste multilocular del ovario.***—OVARIOTOMIA. —Observación 23
3. ***Fibro-mioma del útero.***—HISTERECTOMIA ABDOMIMAL.—Observación 29
4. » » » » » » —Observación 22
5. ***Quiste multilocular del ovario.***—OVARIOTOMIA. —Observación 24
6. ***Supuración pelviana.***—HISTERECTOMIA VAGINAL. —Observación 11

LÁMINA III.

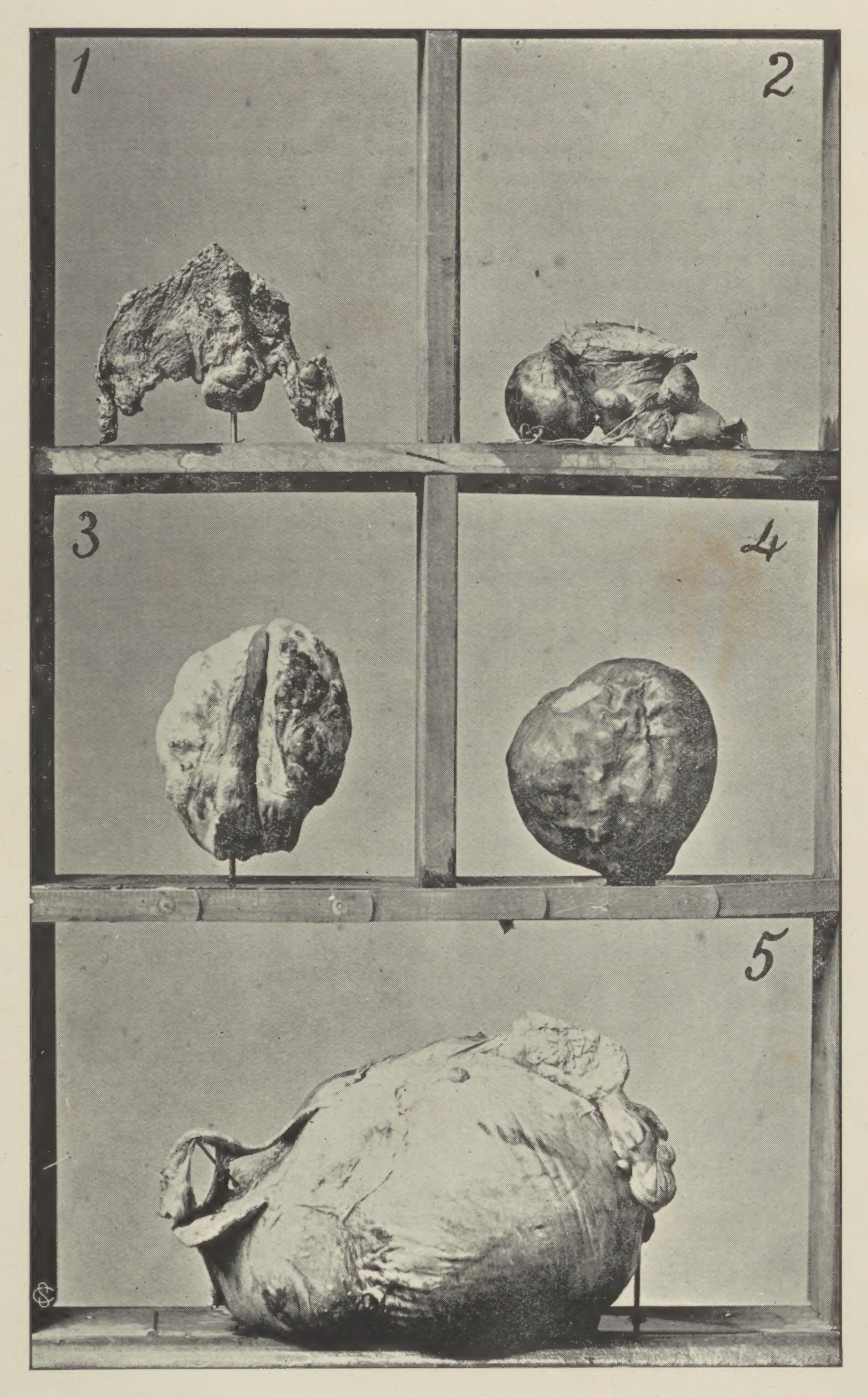
1. ***Cáncer del útero.***—HISTERECTOMIA VAGINAL. —Observación 7
2. ***Fibro-mioma del útero.***—HISTERECTOMIA ABDOMINAL.—Observación 27
3. » » » » » » —Observación 5
4. » » » » » » —Observación 4
5. » » » » » » —Observación 30



Fibro - miomas del útero y quistes del ovario, extirpados por ***Nestor J. Corpancho*** *en su práctica Civil y Hospitalaria.*



Fibro - miomas del útero y quistes del ovario, extirpados por ***Nestor J. Corpancho*** *en su práctica Civil y Hospitalaria.*



Fibro - miomas del útero y quistes del ovario, extirpados por ***Nestor J. Corpancho*** *en su práctica Civil y Hospitalaria.*

